

## Richiesta di rilascio del certificato di formazione continua dell'ASP

In base alla regolamentazione della formazione continua del \_\_\_\_\_ richiedo il rilascio del certificato di formazione continua.

### Periodo di verifica:

---

### Informazioni personali:

Si prega di compilare in stampatello

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Titolo \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

NPA \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

**Numero totale di unità:** \_\_\_\_\_

Inserire il numero in base al protocollo di formazione continua allegato.

### Osservazione:

Il certificato di formazione continua viene rilasciato soltanto a psicoterapeuti riconosciuti dall'ASP come membri ordinari.

Garantisco l'esattezza delle informazioni fornite.

Si prega di inviare il formulario debitamente compilato e firmato al segretariato dell'ASP.

Luogo, data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_